

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1938-1939 — N° 189

**De la pratique “différée”
des interventions intra-utérines
dans les
suites fébriles de l'avortement**

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre COUPIER

Né le 15 Octobre 1914, à RETOURNAC (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

**De la pratique “différée”
des interventions intra-utérines
dans les suites fébriles de l’avortement**

De la pratique “différée”
des interventions intra-utérines
dans les
suites fébriles de l'avortement

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 6 Juillet 1939

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Alexandre COUPIER

Né le 15 Octobre 1914, à RETOURNAC (Haute-Loire)



LYON

BOSC Frères M. & L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

42, Quai Gailleton, 42

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN,
PAVIOT, NICOLAS, VILLARD,, NOVE-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET. **CLUZE**;

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Cliniques dermatologiques et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique ..		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique.....		LEPINE (J.).
Clinique Oto-rhino-laryngologie		MOURIQUANT.
Clinique urologique.....		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Etienne MARTIN
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale	MM. THEVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINE	DE ROUGEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOL	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAÏ
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
EPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	



EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. VORON, *président* ; BERNHEIM, *assesseur* ;
ÉPARVIER et PIGEAUD.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PERE

A MA MERE, A MON PERE

Au terme de nos études médicales,
qu'ils trouvent dans ce travail une
bien faible preuve de notre reconnaissance pour tous les sacrifices
qu'ils se sont imposés pour nous.

A MA FIANCEE

Faible témoignage de profonde
affection.

A MA SŒUR

Preuve d'affection fraternelle.

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MES JUGES

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté

Nous gardons le meilleur souvenir
du stage que nous avons accompli
dans son service.

Il nous a permis, pendant toute la
préparation de ce travail, d'y recher-
cher les documents nécessaires.

Qu'il veuille bien accepter ici l'as-
surance de notre respectueuse gra-
titude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR EPARVIER

Accoucheur des Hôpitaux

Professeur Agrégé à la Faculté

Nous garderons toujours le souve-
nir de son enseignement clair et pré-
cis à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BERNHEIM

Médecin des Hôpitaux

Professeur Agrégé à la Faculté

Qu'il veuille trouver ici l'hommage
de notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Professeur Agrégé à la Faculté

Nous le remercions de l'honneur
qu'il nous fait en acceptant d'être
notre juge.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LYONNET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Moniteur de Clinique Obstétricale

Il nous a inspiré le sujet de cette thèse. Il a bien voulu nous indiquer les sources où puiser nos renseignements.

Qu'il nous permette de l'en remercier respectueusement.

A MONSIEUR ARMAND NOTTER

Interne des Hôpitaux de Lyon

Remerciements sincères pour les conseils qu'il nous a donnés généreusement pour l'élaboration de ce travail.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUYSSSET

Ancien Interne des Hôpitaux de Lyon

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin des Hospices de Roanne

Nous avons été son interne pendant plus d'un an. Il fut pour nous un guide dévoué et un ami. Nous lui devons beaucoup pour les conseils éclairés qu'il nous a toujours si généreusement prodigués.

Qu'il trouve ici l'expression de notre gratitude et de notre affectueuse reconnaissance.

A MADAME LE DOCTEUR DUBOIS

Ancienne Interne des Hôpitaux de Lyon

Médecin des Hospices de Roanne

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAROYENNE

A MONSIEUR LE DOCTEUR MUGNIERY

A TOUS NOS MAITRES DES HÔPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE LYON

De la pratique “différée”
des interventions intra-utérines
dans les suites fébriles de l'avortement

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Nous avons réuni, dans ce travail, 22 observations, recueillies à l'infirmerie de LA MATERNITÉ DE M. LE PROFESSEUR VORON.

Nous les devons à l'obligeance de SON ASSISTANT, M. LE DOCTEUR LYONNET, qui les a mises à notre disposition.

Elles concernent des malades hospitalisées à l'infirmerie depuis l'année 1936 jusqu'en avril 1939. C'est donc sur trois années environ que portera notre documentation.

Toutes ces observations concernent des malades entrées dans le service pour *complications fébriles après un avortement*, et qui, au lieu d'avoir été curettées ou curées dès leur entrée à l'hôpital, ne l'ont été qu'après une *apyrexie complète de cinq jours environ*.

C'est une telle pratique qu'avec notre Maître le Professeur Voron nous proposons d'appeler « dif-

férée », puisque les manœuvres intra-utérines sont exécutées après que tout phénomène thermique est éteint.

Cette méthode est loin d'être admise par tous.

Aussi nous nous proposons dans ce travail :

d'exposer nos 22 observations et de faire ensuite les commentaires et les considérations d'ensemble qui en découlent ; c'est-à-dire, après avoir rappelé les difficultés du diagnostic entre menace et rétention :

Nous verrons, le diagnostic étant fait avec certitude, quelle conduite il faut tenir devant :

une rétention simple ;

une rétention avec hémorragie ;

une rétention avec fièvre.

Nous verrons les opinions des auteurs sur la question la plus délicate, celle de la rétention avec fièvre sans grande hémorragie. Là il y a :

Les interventionnistes, dont nous exposerons les arguments en faveur du curettage d'emblée.

Nous parlerons, à ce propos, du curage d'emblée, lorsque le col est grand ouvert. Dans ce seul cas bien particulier, notre Maître le préfère à l'abstention. Puis nous parlerons de sa pratique personnelle *du curettage et curage différés*.

Enfin nous exposerons les arguments des *abstentionnistes*, leurs statistiques, et nous montrerons que l'abstention ne convient pas à tous les cas et qu'elle semble favoriser les complications locales tardives.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Nous rapportons 22 observations, ayant toutes trait à des femmes, qui sont entrées dans le service avec de la fièvre et des signes de rétention ovulaire post-abortionum.

OBSERVATION N° 1

Mme B..., 37 ans, janvier 1937.

F. C. : Rétention avec température élevée.

Traitement médical, puis après la chute thermique, exploration intra-utérine.

Suites simples.

9 geste de 37 ans (8 enfants).

D. R. remonteraient au 20 novembre.

Entre dans le service le 30 décembre 1936, pour des métrorragies apparues depuis le 26 décembre et accompagnées de fièvre élevée avec frissons.

A l'entrée, le col est entr'ouvert avec lochies fétides.

Devant le caractère peu important des hémorragies et les phénomènes fébriles, on surseoit à toute exploration. Il n'y a pas de signes de lésions péri-utérines.

On se contente de mettre de la glace sur le ventre et de donner de la quinine.

Le 6 janvier : La fièvre est tombée.

Le col reste perméable.

On fera un curage.

Le 7 janvier : Curage prudent sans expression abdomino-vaginale : quelques débris adhérents au niveau de la plaie placentaire. Le soir même, poussée thermique à 39°5 avec petit frisson.

Puis apyrexie complète.

Sort en bon état.

OBSERVATION N° 2

Mme Sch..., 24 ans, 1937.

F. C. : Rétention.

Curettage après chute de la fièvre.

1 geste : D. R. 20 avril.

Entre dans le service le 3 juin 1937.

Hémorragie et fièvre depuis 4 jours. 39°8.

A l'entrée : Le col est fermé.

L'utérus, augmenté de volume est en position intermédiaire.

Il n'y a aucun signe de réaction annexielle ou péritonéale.

Traitement médical.

Le 5 juin : On note :

La malade perd.

Elle a un frisson et une poussée de température à 40°.

Le col est toujours fermé.

Expectative : La malade a expulsé ce matin, un débris placentaire.

Le 10 juin : La malade est apyrétique depuis 4 jours.

On fait un curettage, qui retire des débris.

Suites simples.

OBSERVATION N° 3

Rost..., 18 ans, 1937, n° 32.

F. C. : *Rétention avec fièvre.*

Curettage après chute de la température.

1 geste : D. R. : 12 mai.

Depuis le 27 juin : hémorragies et fièvre autour de 39°.

A l'entrée, 4 juillet : Utérus globuleux.

Col fermé.

8 juillet : *La fièvre a cédé au traitement médical.*

La malade continue à perdre.

Curettage à envisager si la température le permet.

9 juillet : *Apyrexie. Curettage.*

Suites simples.

OBSERVATION N° 4

Ri..., 25 ans, 1937, n° 130.

F. C. : 1 mois 1/2. *Rétention avec fièvre.*

Curettage après chute de la température.

5 geste (3 enfants, 1 fausse couche).

D. R. : 24 juin.

Provocation avouée le 25 juillet.

Début des hémorragies le 30 juillet.

Le 7 août : frisson, température à 40°.

A l'entrée, le 8 août : Température à 39°, col entr'ouvert

On attend.

Le 15 août : *Apyrexie* depuis 3 jours,

Persistance de quelques pertes.

Utérus encore gros. *Curettage à faire.*

Le 20 août : *Curettage* : quelques débris.

Suites sans incident.

OBSERVATION N° 5

Ras..., 22 ans, 1937, n° 349.

F. C. : Rétention avec fièvre.

Curettage pratiqué après la chute de la température.

2 geste (1 enfant de 14 mois).

D. R. : 15 septembre.

Provocation avouée. Hémorragie et expulsion d'un fœtus, à domicile.

A l'entrée, le 4 décembre 1937 : Température à 39°. Pertes fétides.

Col perméable au doigt.

La malade perdant peu et la température étant élevée, on surseoit au curage et on donne de la quinine.

Le 8 décembre : La température est tombée et se maintient basse.

L'utérus restant gros, on fait un curettage.

Débris placentaires.

Suites normales.

OBSERVATION N° 6

Bar..., 18 ans, 1938, n° 432.

F. C. : Rétention avec infection.

Curettage après chute de la température.

1 geste : D. R., 23 octobre.

Provocation avouée (sonde).

Perd depuis le 2 janvier.

Fièvre depuis le 3 janvier.

Expulsion du fœtus, le 7.

A l'entrée, le 8 janvier : Température à 40°. Etat général mauvais.

Abdomen douloureux, d'une façon diffuse.

Col fermé, avec gros utérus en antéverson.

Rien dans les culs-de-sac.

Quelques pertes.

Traitement médical.

Le 18 janvier : Les pertes persistent, mais la température est tombée depuis 6 jours.

On fait un curettage, qui ramène quelques débris.

Suites très simples.

OBSERVATION N° 7

Tél..., 39 ans, janvier 1938, n° 490.

F. C. : Rétention avec fièvre.

Curettage.

6 geste : 3 enfants : 17 ans, 6 ans, 4 ans.

2 enfants morts.

Pas de F. C.

D. R. : 15 novembre.

Dans les caillots expulsés, la malade n'a pas vu de fœtus.

Depuis : température à 38°, pertes minimales.

A l'entrée : Température à 38°5 (31 janvier 1938).

Col admettant la pulpe du doigt.

Utérus gros.

Curettage à faire dès que la température le permettra.

Sérologie entièrement négative.

Le 4 février 1938 : Température voisine de la normale depuis deux jours.

Le 5 février 1938 : Curettage ramène grosse partie de placenta.

Hémorragie importante, 200 cm³.

Ergotine.

Suites simples.

OBSERVATION N° 8

Mme Fa..., 34 ans, 30 mars 1938.

F. C. : Infection.

Curage après chute de la température.

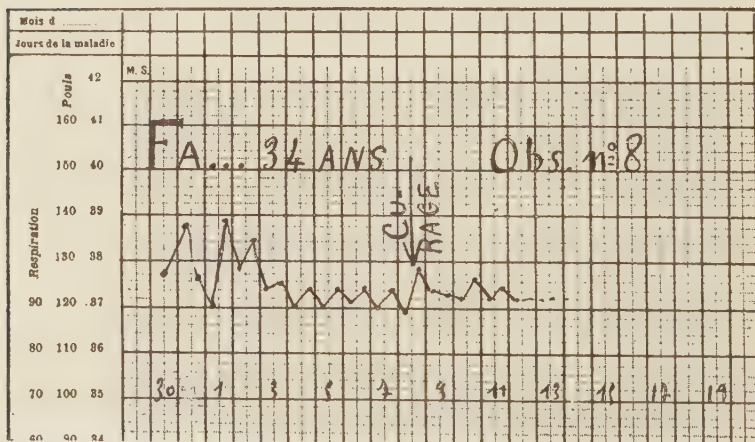
4 geste : 2 enfants, 4 et 6 ans.

1 F. C. il y a un an. Curage.

D. R. : 24 janvier : présente donc un retard de règles de 2 mois. Depuis 48 heures : pertes, douleurs lombaires continues.

Provocation avouée : Il y a 15 jours, a pris une boîte d'apiol, puis 30 gr. d'eau de vie allemande ; il y a 3 jours : sonde pendant 24 heures.

A l'entrée, le 30 mars : Malade perdant assez peu.



Température à 37°9.

Au T. V. : Utérus globuleux, de la grosseur d'une orange.

Culs-de-sac libres.

Col perméable à l'extrémité du doigt.

Le 1^{er} avril 1938 : La malade perd toujours.

Col perméable à un doigt.

On donne de la quinine.

..Le 7 avril 1938 : Apyrexie depuis 4 jours (cf. feuille de température).

Persistance de quelques pertes sales.

Bien qu'on perçoive l'annexe droite (gros ovaire), on fait une *exploration intra-utérine* qui ramène du placenta.

Suites simples.

OBSERVATION N° 9

Ge..., 34 ans, mai 1938.

F. C. : *Rétention avec fièvre.*

Curettage différé (7 jours).

4 geste : 3 enfants.

Pas de maladie importante.

D. R. : 8 mars.

Vers fin avril : Petites pertes roses, non fétides, qui durent 8 jours.

Puis, vers le 10 mai, reviennent des pertes plus abondantes et rouges.

Le 19 mai : Grosse hémorragie utérine avec caillots.

La malade n'a pas constaté d'expulsion de fœtus.

Depuis, les pertes continuent, mais peu abondantes et assez fétides.

A l'entrée, le 20 mai : Température à 40°. Frissons.

La malade perd des caillots.

T. V. : Utérus gravide.

Col fermé.

Le 23 mai : Col rigoureusement fermé.

Utérus augmenté de volume, mais non franchement globuleux. Aucun signe de réaction péritonéale ou annexielle.

On se contente de mettre de la glace et de donner de la quinine.

Le 25 mai : La malade continue à perdre.

Col fermé. L'utérus a diminué de volume en 2 jours.

F. C. faite avec rétention possible. Si les pertes persistent, curettage à faire après 4 jours d'apyrexie.

Le 28 mai : Curettage : quelques débris placentaires.

Suites simples.

OBSERVATION N° 10

Fant..., 32 ans, 10 juin 1938, n° 91 bis.

F. C. : Fièvre élevée.

Curettage différé (8 jours).

Suites simples.

Gravidité de 2 mois. Frissons et température à 40°.

Antécédents : 2 enfants, de 10 et 12 ans.

2 F. C. il y a 7 et 6 ans.

Aucune maladie.

D. R. : 4 avril. Toutes manœuvres criminelles sont niées.

Au début de mai : Petites pertes, mais minimales.

Le 7 juin : Pertes rouges, tenaces, avec douleurs lombaires abdominales.

Le 10 juin : Pertes fétides avec caillots abondants. Aucune expulsion ovulaire constatée.

Température à grandes oscillations, de 37°5 à 39° ou 40° avec grands frissons (4).

Céphalées, vomissements, douleurs abdominales.

A l'entrée, le 10 juin 1938 : Température 40° à 38°5.

Pouls : 110.

Malade peu abattue. Bon état général.

Examen médical négatif.

Ventre légèrement tendu et douloureux.

Au T. V. : Col fermé, mais grenu de multipare.

Utérus en antéversion normale, nettement augmenté de volume. Rien dans les culs-de-sac postérieur et latéral gauche. Mais, dans le cul-de-sac droit : résistance très doulou-

reuse, sans masse individualisable (la malade a été soignée il y a un an pour salpingite).

Le 16 juin : Apyrexie depuis 2 jours.

Continue à perdre assez abondamment.

Au T. V. : Col fermé.

Utérus gros, mais la résistance du cul-de-sac droit a disparu et on retire du vagin un indiscutable petit débris placentaire ou décidual.

Curettage à faire si les pertes persistent et si la température le permet.

Le 18 juin : Curettage : gros débris placentaires.

Hémorragie assez importante.

Suites simples.

OBSERVATION N° 11

Ep..., 26 ans, 18 juin 1938, n° 101 bis.

F. C. : Rétention avec fièvre.

Curettage différé.

5 geste : 3 enfants.

Une F. C. il y a un an.

D. R. : 16 avril. A été soignée pour salpingite : pertes blanches abondantes.

Depuis 8 jours : Douleurs sourdes au bas-ventre, constipation, quelques nausées.

Il y a 5 jours : Température à 39°.

Petites pertes brun chocolat peu abondantes.

A l'entrée, le 18 juin : Pertes. Douleurs.

Température en clocher à 40° avec frisson.

T. V. : Col déchiqueté de multipare, fermé.

Utérus en antéversion normale, globuleux, dépassant la symphyse, sans correspondre à l'âge de la grossesse.

Cul-de-sac gauche douloureux, sans qu'on puisse individualiser de masse anormale.

Examen général négatif.

Le 22 juin : Température normale.

Pertes fétides.

La consistance et le volume de l'utérus sont plus en faveur d'une rétention que d'une grossesse qui continue.

On donne de la quinine et, suivant l'état du col, on prendra une décision.

Le 25 juin : Apyrexie. Curettage.

Dilatation facile n° 13.

La curette ramène de très gros débris placentaires.

Hémorragie légère.

Suites simples.

OBSERVATION N° 12

G..., 30 ans, 20 juin 1938, n° 104.

F. C. : Rétention avec frissons.

Curage différé.

2 geste : A eu une fausse couche de 5 mois, en 1931.

D. R. : 5 mai.

Depuis le début de la grossesse : vomissements abondants, gros amaigrissement.

Le 20 juin : Les vomissements cessent.

Des pertes apparaissent, puis des douleurs.

Caillots. L'œuf aurait été expulsé.

Au T. V. : Utérus augmenté de volume et en bonne position.

Expectative.

Le 22 juin : Col ouvert à un doigt.

Utérus encore gros en antéversion exagérée, facilement réductible.

Pas de curage immédiat en raison de la température élevée.

Curage à faire si les pertes persistent et que la température le permette.

Le 25 juin : Apyrexie.

Curage difficile : le col admet tout juste le passage d'un doigt ; on retire un débris dans la corne utérine droite.

Suites simples.

OBSERVATION N° 13

Guill..., 27 ans, 19 juillet 1938, n° 128.

F. C. dans utérus en rétroversion, fièvre.

Curage après 4 jours d'expectative.

3 geste : 2 enfants. Pas de F. C.

Bonne santé habituelle.

D. R. : 4 juin. Provocation.

Hémorragie : 12 juillet.

Le 19 juillet : T. V. : Utérus gros, en position horizontale, latérodévié à droite.

Col entr'ouvert, non perméable au doigt.

Température : 38°6.

Le 20 juillet : Utérus gros, en rétroversion. Col fermé.

Hémorragie de moyenne abondance.

Température au-dessus de 38°.

Le 21 juillet : F. C. faite ou inévitable:

Col perméable au doigt sur toute sa longueur.

Corps utérin en rétroversion mobilisable.

On donne de la quinine. Curage dès que la température le permettra.

Le 23 juillet : Curage après dilatation, avec grosses bougies : quelques débris placentaires.

Suites simples.

OBSERVATION N° 14

Gr... Marie-Louise, 30 ans, 6 septembre 1938, n° 175.

F. C. : Infection.

Curettage différé. Suites simples.

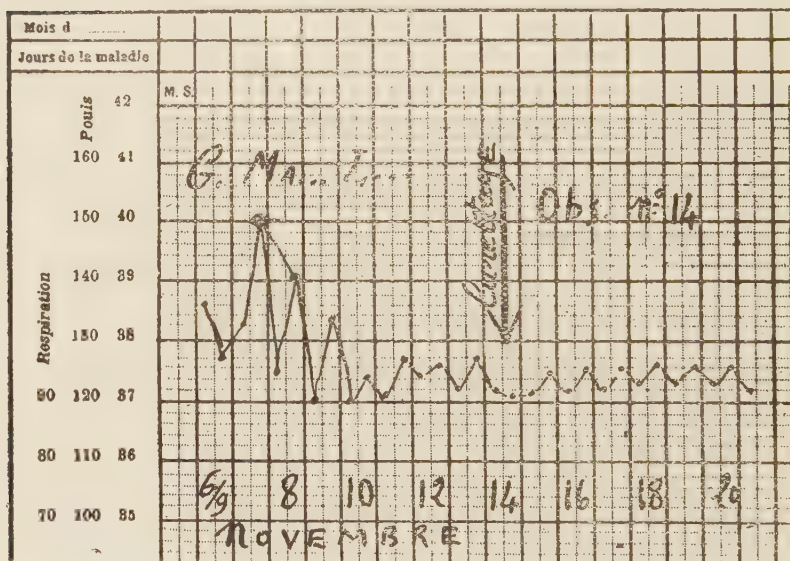
1 geste : Mariée, pas d'enfants.

Jamais de F. C. Suit un traitement spécifique.

D. R. : 14 juin.

Aurait fait sa F. C. dimanche, il y a 9 jours.

Le mercredi : Expulse du placenta.



Depuis : Elle continue à perdre : pertes purulentes, d'odeur fétide.

Pendant l'examen, la malade prend un frisson.

Pas de signe de réaction péritonéale.

T. V. : Col très mou, fermé.

Utérus gros, mal délimitable, en position intermédiaire.

Aucun signe de réaction péritonéale.

Le 9 septembre : Gros utérus, mou et douloureux, de mobilisation douloureuse, en attitude intermédiaire.

Pas de signe de réaction péri-utérine.

Rétention possible, infection utérine certaine.

Traitement médical pour le moment.

Le 14 septembre : Apyrexie.

Curettage (cf. feuille de température).

Suites très simples.

OBSERVATION N° 15

Midr..., 19 ans, 9 novembre 1938, n° 240.

F. C. : Hémorragie avec fièvre.

Curettage différé (5 jours) et pratiqué après la chute thermique.

I geste : Pas d'enfants ni *F. C.* antérieure.

D. R. : 5 septembre.

Nie toute manœuvre.

Le 3 novembre : Apparition de pertes rouges, d'abord peu abondantes, puis augmentant le lendemain.

La malade aurait vu un petit œuf et quelques membranes.

Hémorragie continue.

A l'entrée, 9 novembre 1938 : Température 37°6. Pertes abondantes.

Au T. V. : Utérus un peu augmenté de volume, en antéversion et déjeté à droite.

Col dur et fermé.

Annexes non perçues.

Le 12 novembre : La malade continue à perdre.

Rétention certaine.

Mais, étant donné la fièvre, on diffère le curettage projeté.

Le 14 novembre : Malade apyrétique.

Curettage assez hémorragique, on retire des débris sur-
tout muqueux.

Suites simples.

OBSERVATION N° 16

Del..., 20 ans, 11 décembre 1938, n° 276.

F. C. : *Rétention avec frissons.*

Curettage différé et fait après la chute de la température.

1 geste : D. R. 15 octobre.

Depuis 15 jours : douleurs lombo-abdominales.

Vendredi : Petite hémorragie.

Expulse un petit caillot.

Nie d'abord la provocation, puis avoue dans un interro-
gatoire plus poussé : une *injection intra-utérine d'eau savon-*
neuse.

Samedi soir : Frissons.

Température : 40°1.

Dimanche : Température : 40°2.

Pertes minimales mais purulentes, d'odeur fétide.

A l'entrée, 11 décembre 1938 : Température : 39°.

T. V. : Col fermé, ayant toute sa longueur.

Utérus en position intermédiaire mobile, plus haut que
large.

Rien dans le cul-de-sac droit ni postérieur, mais légère
résistance du cul-de-sac gauche.

Il semble s'agir d'une *F. C.* ovulaire, très vraisemblable-
ment faite ou inévitable avec infection utérine.

Pour le moment, traitement uniquement médical.

Le 14 décembre : La température est tombée à 37°.

Au T. V. : Col fermé.

Le 17 décembre : La malade continue à perdre.

Mais, la température reste à 37°2.

T. V. : Col toujours fermé.

Utérus en rétroversion, mobile, semblant toujours augmenté de volume.

Rétention très probable.

Curettage à faire si la température reste normale.

Le 18 décembre : Curettage : nombreux débris.

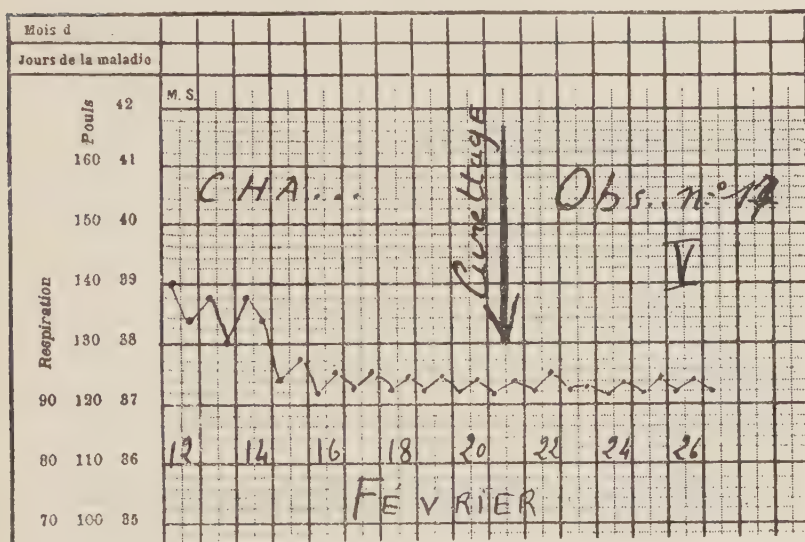
Suites simples.

OBSERVATION N° 17

Cha..., 23 ans, décembre 1938, n° 520.

F. C. : Rétention avec fièvre.

Curettage pratiqué après la chute de la température.



1 geste : D. R. : 1^{er} décembre.

Provocation avouée (injection intra-utérine).

2 jours après : Température à 40°5 avec frisson.

Le lendemain, expulsion du fœtus.

A l'entrée, le 12 février : Température à 39°.

Utérus encore gros, en antéversion normale.

Col fermé.

Aucun signe de réaction péri-utérine.

Curettage différé en raison de la fièvre.

Traitement médical.

Le 16 février : Diagnostic de rétention, confirmé par l'expulsion d'un débris de placenta.

Curettage à faire dès que la température le permettra.

Le 19 février : *Apyrexie*. Curettage : quelques débris.

Suites simples.

OBSERVATION N° 18

Verm..., 23 ans, décembre 1938, n° 576.

F. C. : 3 mois. *Rétention*.

Curage différé et pratiqué après la chute de la température.

1 geste : *D. R.* : 6 décembre.

Provocation (injection intra-utérine) il y a 15 jours, ayant amené l'expulsion de l'œuf.

Il y a 2 jours, nouvelle hémorragie.

A l'entrée, le 16 mars 1939 : Température à 39°.

Utérus encore gros. Col fermé.

Etant donné les frissons et le caractère minime des pertes, on attend.

Le 26 mars : Le col s'est entr'ouvert ; *la température est redevenue normale.*

On fait un *curage*, qui ramène de très importants débris.

Suites simples.

OBSERVATION N° 19

Bi..., 25 ans, 8 janvier 1939.

F. C. : 1 mois 1/2. *Réaction péritonéale.*

Curettage après 8 jours de traitement médical.

D. R. : 20 novembre.

Grossesse : 1 mois 1/2.

Samedi : Injection d'eau de savon, sans effet immédiat.

Dimanche matin : Hémorragies ; frissons ; température à 40° ; syncope.

A l'entrée, le 8 janvier 1939 : Température 38°9. Pertes abondantes.

T. V. : Utérus gros, douloureux.

Col fermé.

Antécédents obstétricaux : 1 enfant de 6 ans et demi. Accouchement normal. Pas de F. C.

Le 9 janvier 1939 : Signes de réaction péritonéale avec légère défense de la paroi, sans ballonnement, sans douleur au creux épigastrique.

T. V. : Col fermé. Utérus en rétroversion contracturé.

Rien dans les culs-de-sac, sauf un peu de sensibilité.

F. C. probablement non faite, mais inévitable.

La malade perd relativement peu. *Attendre.*

Le 11 janvier : La malade expulse quelques débris ce matin.

..T. V. : Utérus toujours en rétroversion ; mais culs-de-sac plus souples, moins douloureux.

Le col semble s'entr'ouvrir.

Le 16 janvier : *Apyrexie depuis plusieurs jours.*

Curettage ramène quelques débris.

Suites simples.

OBSERVATION N° 20

Mi..., 25 ans, 12 janvier 1939, n° 7.

F. C. : 2 mois 1/2. *Fièvre.*

Curettage différé 5 jours.

Grossesse 2 mois 1/2.

D. R. : 22 novembre.

Lundi : Brusquement, sans aucune cause, douleurs abdominales. Pertes dans la nuit, coliques expulsives.

Le lendemain, expulsion du fœtus.

Les douleurs et les pertes continuent, avec plusieurs frissons.

A l'entrée, le 12 janvier 1939 : Fièvre. Légère défense abdominale.

T. V. : Culs-de-sac sensibles, mais sans résistance anormale.

Col très déchiqueté, imperméable.

Utérus encore augmenté de volume.

Rétention très probable.

Devant la fièvre et l'absence d'hémorragies : *attendre*.

Le 17 janvier : *Apyrexie*.

Curettage, qui ramène de nombreux débris insérés sur la face antérieure et dans la corne utérine droite.

Suites simples.

OBSERVATION N° 21

S..., 26 janvier 1939, n° 22.

F. C. : 2 mois 1/2. *Infection*.

Après 10 jours, chute de la température : *curettage*.

D. R. : 11 novembre.

Grossesse : 2 mois 1/2, assez mal supportée.

Provocation : sonde.

Début des accidents samedi : Légère perte de sang rouge, qui s'arrête bientôt. Quelques douleurs lombaires.

Dimanche : Reprise des pertes, toujours aussi peu abondantes.

Mercredi : Frissons. Température 38°5, 39°.

A l'entrée, le 26 janvier 1939 : Température 39°3.

Malade abattue. Pertes minimales. Aucune douleur, ni abdominale, ni lombaire.

T. V. : Utérus rétroposé, mais en antéversion normale.

Col rigoureusement fermé. Corps gros et globuleux.

Pas de signes de lésions péri-utérines.

Pas d'hémorragie : *attendre*.

Le 30 janvier 1939 : La malade souffre et perd un peu.

On donne de la quinine.

Le 2 février 1939 : Malgré la quinine et un tamponnement nécessité par une hémorragie assez abondante, la malade n'a rien expulsé.

La température étant redevenue normale, on fera un curettage à la fin de la semaine.

Le 6 février : *Apyrexie depuis 6 jours*.

Persistance des hémorragies.

Curettage : Il ramène un placenta presque entier.

Suites simples.

OBSERVATION N° 22

Mme B..., 16 avril 1939.

F. C. : *Rétention avec fièvre*.

Curettage différé (8 jours).

Malade envoyée par le Docteur X..., pour fièvre d'origine utérine.

5 geste : 4 enfants. Bonne santé.

D. R. : 18 février.

Le 14 avril : *Sonde dans l'utérus*.

Le 16 avril : Pertes abondantes. Douleurs lombaires et pelviennes.

Température : 40°9.

A l'entrée : Pertes peu abondantes.

Température : 38°9.

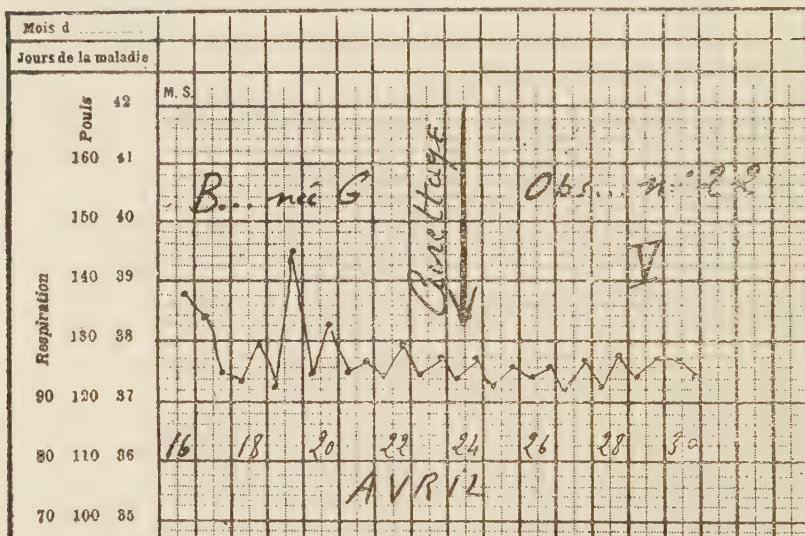
Pouls : 110.

T. V. : Col entr'ouvert, mais imperméable.

Utérus nettement augmenté de volume, mais en anté-version et latéro-inclinaison gauche.

Empâtement douloureux des culs-de-sac droit et gauche, mais sans masse individualisable.

Le 20 avril 1939 : La malade continue à perdre et à avoir de la fièvre.



Au T. V. : Les culs-de-sac restent mous, sans résistance ou masse individualisable.

Le 22 avril : Il n'y a plus de signe de réaction péri-utérine.

Les culs-de-sac ont retrouvé leur souplesse.

La malade continue à perdre, mais col fermé.

Curetage à envisager après 3 ou 4 jours d'apyrexie.

Le 24 avril 1939 : Apyrexie.

Curetage : Utérus mou, métritique : assez nombreux débris placentaires.

Suites simples.

Nous avons choisi en exemple quatre feuilles de température tout à fait caractéristiques ; on voit en effet :

sur obs. N° 14 et N° 22 : curettage au 5° jour d'apyrexie ;

sur obs. N° 17 : curettage au 4° jour d'apyrexie ;

sur obs. N° 8 : curage au 5° jour d'apyrexie.

Aucune de ces feuilles de température ne montre de poussées fébriles après ces interventions différées.

Sur le total de ces observations, nous notons :

17 curettages différés ;

5 curages différés.

Partout nous enregistrons des suites très simples, sauf toutefois :

dans obs. N° 1 : une poussée de température le soir de l'intervention (un curage différé) ;

dans obs. N° 7 et 10 : une hémorragie assez importante au cours de l'intervention.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ENTRE RETENTION ET MENACE

Ainsi qu'on peut le voir dans certaines des observations citées, il n'est pas toujours facile de faire le diagnostic entre menace d'avortement et rétention confirmée.

Souvent il a fallu mettre la malade en observation pendant trois ou quatre jours avant de pouvoir trancher.

Dans la pratique, on se trouve en présence d'une malade qui perd depuis plusieurs jours.

En l'absence de l'expulsion d'indiscutables débris ovulaires on est parfois fort embarrassé. La femme affirme avoir expulsé quelque chose, mais n'agit-elle pas pour tromper, et peut-on se fier à ses affirmations ?

L'examen tranchera quelquefois la question, mais, quand le col est fermé, celui-ci n'est, le plus souvent, pas concluant.

Dans ces cas douteux tout le monde est d'accord pour ne pas intervenir : la femme sera mise en observation au lit pendant deux à trois jours.

C'est alors que si les pertes persistent malgré le repos, si elles s'accusent par la quinine, si l'utérus tend à diminuer, et surtout s'il y a de la fièvre, nous penserons qu'il s'agit plutôt d'une rétention, et nous pourrons, sans arrière-pensée, agir en conséquence.

CHAPITRE IV

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE RETENTION POST-ABORTUM

Le diagnostic entre menace et rétention de débris ovulaires étant posé, quelle sera la conduite de l'accoucheur ?

Nous allons voir que, dans un seul cas, *celui d'une hémorragie grave*, tout le monde est d'accord : IL FAUT INTERVENIR.

Dans tous les autres cas s'opposent :

- 1° ceux qui sont partisans de l'intervention ;
- 2° ceux qui se contentent de traiter médicalement la rétention des débris ovulaires *in utéro*, après un avortement.

1. — Rétention simple sans fièvre ni hémorragie

Ce cas sort des limites que nous nous sommes fixées.

Nous dirons simplement qu'il y a trois positions possibles :

- l'abstention ;
- l'intervention ;

le curettage ou le curage après cinq ou six jours de repos.

La troisième de ces méthodes, appliquée par David Hillis, en Amérique, comporterait des suites plus simples. Pour cet auteur, en pratiquant ainsi, il a observé :

1° chez des femmes curettées d'emblée : température dans 26 % des cas ;

2° chez des femmes curettées après 5 jours de repos : température dans 5 % des cas,

et cela, notons-le bien, chez des femmes qui ne présentaient pas de température avant le curettage.

Cependant, dans le service de M. le Professeur Voron, en présence d'une rétention simple, ordinairement on intervient tout de suite. Si la fausse-couche vient de se produire, on peut attendre deux à trois heures en donnant de la quinine. Mais si rien n'est expulsé rapidement, la meilleure conduite à tenir est d'aller chercher les débris retenus.

On fera de préférence UN CURAGE, *si le col est largement ouvert ou facilement dilatable*, sinon UN CURETTAGE après dilatation aux bougies d'Hegar.

2. — Hémorragie importante

Là, pour tous, il y a *indication formelle d'intervenir*. Quelles que soient les conditions (fièvre ou non), il faut vider l'utérus des débris retenus dans sa cavité. Seule, la vacuité de cet organe, par sa rétraction, permettra son hémostase définitive.

On pourra bien se contenter d'un *tamponnement vaginal serré*, SI LE COL EST DIFFICILEMENT PERMÉA-

BLE. C'est une bonne opération, qui fait contracter l'utérus, et, au bout de dix à douze heures, l'œuf est expulsé ; mais, la plupart du temps, une femme qui saigne a son col largement béant ; par conséquent : curage digital. Dans ces conditions, la curette sera rarement utilisée.

3. — Fièvre sans hémorragie importante

Le tableau clinique en est connu de tous :

Le médecin est appelé auprès d'une femme qui accuse un retard de règles, a de la température, et qui présente des pertes brunes, d'odeur prononcée.

L'utérus se contracte mal. Il est encore gros, globuleux.

Le col est mou, entr'ouvert, quelquefois revenu sur lui-même.

Différentes positions thérapeutiques sont possibles :

Nous tombons ici dans le cas le plus embarrassant ; c'est celui où la conduite à tenir est la plus discutée.

A. — Interventions systématiques

Nombreux sont, surtout parmi les chirurgiens, les partisans de l'*intervention immédiate et précoce*, dans les rétentions post-abortionum, qu'elles soient INFECTÉES OU NON.

Jean-Louis Faure disait à la Société de Chirurgie, le 11 juin 1924 : « lorsque, après un avortement, il y

a une persistance de l'écoulement sanguin ou de la fièvre, c'est qu'en principe l'utérus a été mal vidé ; des débris placentaires restent adhérents à la paroi utérine, l'infectent, et peuvent, dès lors, donner lieu aux accidents les plus graves.

Tout utérus saignant quelques jours après un avortement doit être curetté. Cette règle devient plus impérieuse encore, s'il y a de la température et surtout des frissons ».

Beaucoup d'auteurs pensent comme Jean-Louis Faure. « Bien entendu, écrit Fiolle, nous sommes d'avis d'intervenir sans délai s'il existe des accidents graves : hémorragie ou infection. »

Arguments des interventionnistes.

Les raisons de cette manière de voir sont celles-ci :

1° Il existe, dans l'utérus, des débris ovulaires en voie de sphacèle, et il se produit, dans cet utérus, de l'infection ascendante. L'infection localisée à l'utérus va peut-être gagner les organes voisins, peut-être même la circulation générale.

2° Ces débris sphacelés ne doivent pas être laissés dans l'utérus. Ils sont un danger permanent d'infection : il faut les enlever.

3° Le curettage est une opération facile, radicale contre toutes les rétentions utérines, *souvent même préférable au curage*, qui n'est praticable que dans les cas rares où le col est suffisamment dilaté.

B. — Critique du curettage systématique

Chez une femme qui présente une rétention post-abortum, le curettage d'emblée n'est pas aussi bénin que veulent bien le dire ses défenseurs. Pour cela il faut distinguer entre avortement spontané et avortement provoqué.

1° *Le curettage dans l'avortement spontané.*

L'avortement spontané se voit dans deux groupes de circonstances :

a) *la fausse-couche des jeunes mariées*, chez celles qui, jeunes filles, présentaient des règles très douloureuses. L'avortement se produit vers le deuxième ou troisième mois de la grossesse avec expulsion d'un œuf clair. Après quoi, tout rentre dans l'ordre ;

b) *dans une deuxième catégorie de cas*, il s'agit de femmes atteintes, les unes d'endométrite, les autres d'albuminurie, enfin d'autres de syphilis ou de troubles vraisemblablement endocriniens. La fausse-couche, ici aussi, a lieu vers le deuxième ou troisième mois de grossesse. Il y a expulsion d'un œuf mort, entouré de membranes macérées, ecchymotiques ;

c) dans ces deux sortes d'avortement spontané, la mort de l'œuf est le fait capital. En effet, après cette mort, *les adhérences utéro-placentaires deviennent friables et se rompent*, à tel point que le décollement de l'œuf est presque complet, au moment où com-

mence le travail d'expulsion. Cela explique que dans l'avortement spontané il y ait :

hémorragie rare,
rétention très rare ;

d) le fait que les adhérences sont rompues, au moment de l'expulsion, entraîne *la rareté des rétentions et, partant, de l'infection.*

Quelquefois, si les membranes et le placenta de l'œuf sont retenus à l'intérieur de l'utérus, il suffira, étant donné leur très faible adhérence, de pratiquer un simple curage digital, ce qui aura le double avantage :

de respecter le processus naturel de régénérescence de la muqueuse utérine ;

d'éviter l'écueil d'ouvrir une porte à l'infection, au niveau des tissus profonds, par l'emploi de la curette, plus ou moins tranchante.

2° *Le curettage dans l'avortement provoqué.*

L'avortement provoqué est de beaucoup le plus fréquent.

Sur nos 22 observations, nous notons :

provocations avouées : 11 ;

la provocation est *probable dans tous les autres cas.*

Dans la statistique récente du Professeur Voron, en 1937 et 1938, sur 500 femmes hospitalisées par an pour avortement (*Bul. Soc. Gynéc. et Obst. de Paris*) :

avortements provoqués certains ou probables	73 %
avortements spontanés.	27 %

L'on connaît les caractéristiques de l'avortement provoqué : l'agent provocateur vient décoller les mem-

branes d'un œuf en pleine vitalité, qui présente des adhérences utéro-placentaires solides ; de là :

hémorragies et rétentions plus fréquentes, et aussi infections plus virulentes.

En effet, outre la présence in utéro de débris ovulaires en voie de sphacèle, il faut songer que, malgré toutes les précautions d'asepsie et d'antisepsie dont s'entourent les avorteurs professionnels, l'apport de germes exogènes est loin d'être rare. Et, parmi eux, il en est de très virulents, comme le streptocoque, le vibron septique et le perfringens.

Par conséquent on peut dire, avec Rochat, que « *tout avortement provoqué est infecté* ».

Mais l'existence d'une « *barrière granuleuse* » dans la muqueuse utérine rend normalement, et pour un certain temps, cette infection superficielle.

Si donc l'on pratique un grattage sur cette muqueuse où pullulent des germes, que se passe-t-il ?

Comme le montrent les examens histologiques de la caduque infectée post-abortum, on abrase la muqueuse utérine, *qui s'était mise elle-même en état de défense contre l'infection.*

Sur les coupes, on voit :

1° la dégénérescence des couches superficielles de la caduque ;

2° l'existence, sous ces couches superficielles, d'une zone assez compacte, constituée par des cellules lymphatiques du type embryonnaire et par de la fibrine en grande quantité, au niveau de laquelle les germes sont très nettement arrêtés. Cette couche de

fibrine et de cellules lymphatiques porte le nom de « barrière granuleuse ».

Au cours d'un curetage, même le plus doucement pratiqué, on produit certainement une dilacération de cette barrière granuleuse.

Dans ces conditions, il est évident que, loin d'aider la nature, la curette vient, au contraire, favoriser la progression des germes pathogènes vers les couches plus profondes de l'utérus, et parfois même jusque dans la circulation générale.

D'où la possibilité d'accidents produits par le curetage, qu'on peut ainsi résumer :

1° *Poussée fébrile passagère.*

Il n'est pas rare, même après un curetage soigneusement fait, de constater, le soir du jour où l'intervention a eu lieu, une poussée fébrile à 40° et plus.

Quelquefois, après cette poussée fébrile, tout rentre dans l'ordre et la malade guérit sans faire d'autres complications.

2° *Phénomènes septicémiques.*

Par contre, dans certains cas, des phénomènes septicémiques avec température et grands frissons commencent à se manifester. A partir de ce moment, la femme présente des complications infectieuses qui, après un temps plus ou moins long, ou bien finissent par guérir, ou bien aboutissent à un désastre.

Nous n'avons pas pu recueillir personnellement d'observations d'accidents semblables; mais nous

citerons une observation d'Alglave concernant une femme entrant à l'hôpital pour complications infectieuses post-abortum extrêmement sévères :

élévation de la température, frissons quotidiens, état septicémique.

Alglave la met au traitement abstentionniste préconisé par lui ; mais, quelques jours après, sur les conseils d'amies, elle sort du service.

Entrée dans un autre service, on lui fait *immédiatement* un curettage ; le résultat est déplorable, nécessitant, quelques jours après, une hystérectomie qui, elle-même, ne put arrêter l'infection, car la malade ne tarda pas à succomber.

3° Perforation.

Enfin le curettage instrumental, dans les rétentions infectées, s'adresse à un *utérus particulièrement ramolli*.

Et, bien que ce ne soit pas un accident très fréquent, il n'est cependant pas exceptionnel de constater des perforations utérines au cours de manœuvres sur des utérus infectés.

On a même vu se produire des cas de perforation spontanée par gangrène utérine. Nous nous permettons de reproduire l'observation suivante :

Femme de 34 ans entrant à l'infirmerie de la Maternité pour *fausse-couche provoquée*.

D.R. : 10 août 1938.

Depuis une dizaine de jours elle se croit enceinte et se fait des *injections intra-utérines d'eau pure et d'eau permanganatée*.

Mardi, elle a de petits frissons et se met à perdre : pertes de sang rouge, mêlé de caillots. Il ne semble pas qu'elle ait expulsé de débris ovulaires.

A l'entrée (16 septembre) : subictère des conjonctives, température à 38°5, pouls : 100.

Le lendemain matin, frissons assez intenses d'une heure environ.

T. V. : col fermé.

Utérus augmenté de volume, très plaqué contre la paroi abdominale (a eu une fixation il y a quinze ans).

Pas de signes de réaction périutérine ou péritonéale. Pertes sales avec quelques débris muqueux. A curet-ter quand la température le permettra.

Le 20 septembre, la malade perdant assez abondamment, on fait un curettage alors que la température n'est tombée que depuis quarante-huit heures.

Dès le début du curettage on a l'impression que la curette pénètre profondément, d'une façon anormale. On continue quand même l'intervention, qui ramène d'assez importants débris, et on se contente de glacer l'abdomen.

21 septembre : ce matin la malade souffre continuellement, n'a pas uriné spontanément, mais n'a pas perdu.

L'abdomen est légèrement douloureux, mais non contracturé, et respire assez bien.

Au toucher on constate l'existence d'une grosse collection dans le Douglas. Le chirurgien de garde, prévenu, conseille l'expectative pour l'instant.

22 septembre 1938 : la malade a de la diarrhée et évacue par le vagin un pus fétide.

Au toucher, cul-de-sac postérieur tendu et douloureux. On ne sent pas d'orifice spontané, par où s'écoulerait le pus. Les signes de réaction péritonéale se sont plutôt amendés. On décide cependant de pratiquer une ouverture large de ce cul-de-sac.

Colpotomie : issue de pus mal lié et fétide, mise en place d'un drain en croix et d'une mèche.

Le soir, à 5 heures, mauvais état général, température à 39°5. Pouls petit, dépressible, incomptable.

Faciès péritonéal, extrémités froides.

Mèche vaginale tachée de sang. Mais il ne semble pas y avoir d'hémorragie sous-jacente.

23 septembre : état de plus en plus grave. Pouls incomptable, vomissements incessants, lucidité parfaite. On remplace le drain à 12 heures par une mèche, pas d'hémorragie importante dans la poche de colpotomie. Signes de diffusion du syndrome péritonéal.

Décès le 24 septembre, à 11 heures.

Du reste, tous les reproches que nous venons de faire à l'intervention systématique dans les suites fébriles de l'avortement *visent surtout le curettage*.

Beaucoup d'accoucheurs, et en particulier M. le Professeur Voron, estiment que, *lorsque le col est largement béant*, on peut, en présence d'une rétention certaine avec fièvre, tenter une prudente exploration intra-utérine, surtout si l'on sent, au toucher, des *débris procidents*.

Mais il faut que le col soit ouvert et que l'intervention apparaisse comme facile.

Celle-ci sera *un curage extrêmement prudent, le*

moins traumatisant possible et mobilisant très peu l'utérus. Ce sera plutôt un simple détachement des débris placentaires qu'un véritable peignage de la cavité utérine.

Une intervention aussi prudente et aussi limitée dans ses indications ne nous semble pas, en effet, comporter les inconvénients sur lesquels nous venons d'insister.

Devant les résultats parfois désastreux du curettage d'emblée, devant la possibilité de n'effectuer sans danger un curage que dans les cas où le col est largement béant, notre Maître, M. le Professeur Voron, préfère, dans toutes ces rétentions avec infection, la pratique, que nous allons maintenant décrire sous le nom de « curettage ou curage différés ».

C. — Curettage et curage différés

Dans toutes nos observations, le curettage et même le curage n'ont été pratiqués qu'*après cinq ou six jours d'apyrexie complète.*

Sur nos 22 observations, nous relevons *des suites très simples partout*, sauf toutefois :

1° Obs. N° 1 : poussée fébrile passagère après curage très prudent ;

2° Obs. N° 7 : hémorragie assez importante au cours de l'opération ayant cédé aux moyens habituels ;

3° Obs. N° 10 : hémorragie assez importante au cours de l'opération ayant cédé aux moyens habituels.

De tels résultats sont très satisfaisants, puisque nous

n'avons pas, après ces interventions différées, de flambées infectieuses consécutives, comme après les curettages d'emblée.

Ils sont à rapprocher de la statistique du chirurgien américain David Hillis.

Il fut un des premiers à déclarer que si l'on veut obtenir de meilleurs résultats du curettage, *il est nécessaire, avant de procéder à l'évacuation des débris retenus in utéro, d'attendre, en prenant quelques précautions médicales, que la température soit tombée.*

Ces précautions se résument ainsi pour cet auteur :
repos au lit, les jambes légèrement fléchies ;
deux vessies de glace sur l'abdomen ;
huile camphrée, sérum.

Ainsi, il obtint les résultats suivants :

1° malades curettées d'emblée : sur 12 cas, 7 fois la fièvre a persisté, soit 58 % des cas ;

2° malades curettées après cinq jours sans fièvre : sur 59 cas, 29 fois la fièvre a persisté, soit 38 % des cas.

Il y a donc une amélioration certaine dans les suites fébriles d'avortement, lorsque l'on pratique le curettage après chute de la température.

Nous prenons dans le service des précautions très analogues à celles de l'auteur américain :

repos au lit ;
glaçage de l'abdomen ;
contractants utérins sous forme de quinine ;
chimiothérapie anti-infectieuse.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce chapitre qui est cependant le plus important de notre travail,

puisque'il concerne la conduite que nous préconisons.

La lecture de nos observations nous paraît suffisamment préciser les indications de cette méthode thérapeutique et la façon dont nous en concevons l'application pratique.

Quant aux arguments qui plaident en sa faveur, ce ne sont autres que ceux que nous avons relevés contre l'intervention systématique et que ceux que nous opposerons, dans le paragraphe suivant, à l'abstention prolongée, également systématique.

D. — Abstention systématique

En présence d'une rétention avec fièvre et sans hémorragie importante, certains auteurs se contentent du *simple traitement médical, sans recourir à aucune manœuvre intra-utérine*.

Alglave et David Hillis ont montré par des statistiques que l'abstention opératoire en cas d'avortement donnait des résultats égaux à ceux obtenus par l'intervention et, de plus, que le traitement purement médical (glace sur l'abdomen, sérum, huile camphrée, injection vaginale) guérissait plus vite les malades que le curettage.

Rochat, publiant la statistique de la Maternité de Lausanne, affirme que, dans son service, depuis qu'il applique la méthode conservatrice :

la morbidité a baissé de 37 % ;

la mortalité est tombée de 3,46 % à 0,68 %.

Mais, il le dit lui-même, cette attitude conserva-

trice n'a d'autre but que d'empêcher l'aggravation d'une situation déjà grave par elle-même.

Et elle n'empêche pas, tout en les diminuant cependant, les complications locales tardives : « on peut même, ajoute-t-il, dire que celles-ci sont la règle dans l'avortement incomplet ».

Ces complications tardives sont de deux sortes :

1° COMPLICATIONS INFECTIEUSES.

Ce sont les salpingites, les paramétrites post-abortum, dont le traitement se confond avec le traitement gynécologique habituel de ces affections.

2° COMPLICATIONS HÉMORRAGIQUES TARDIVES.

Elles constituent l'*endométrite hémorragique*, se traduisant par des pertes sanguines persistant durant des semaines et même des mois. Ces pertes sont justiciables d'un seul traitement, qui, d'ailleurs, est le seul efficace : *le curettage*.

C'est l'existence de ces complications tardives qui nous fait préférer à l'abstention complète l'abstention temporaire, suivie, dès que la température le permet, d'une intervention intra-utérine libératrice.

Puisqu'une intervention, ainsi tardivement pratiquée, paraît sans dangers, nous ne croyons pas devoir la refuser à nos malades. Du moins en clientèle hospitalière, où la femme a besoin de reprendre rapidement son travail sans s'exposer aux possibilités d'hémorragies tardives ou de localisations annexielles, il semble plus prudent de ne l'autoriser à sortir de l'hôpital qu'une fois qu'on a acquis la certitude que sa cavité utérine est parfaitement vide.

CONCLUSIONS

I. — Ce travail est destiné à préciser la position thérapeutique défendue depuis longtemps par notre Maître, M. le Professeur Voron, et utilisée couramment dans son service, en face des rétentions post-abortives compliquées de phénomènes infectieux.

II. — S'il est, en effet, admis sans conteste par tous, que la rétention, accompagnée d'hémorragie quelque peu importante, commande une immédiate intervention intra-utérine ; s'il est admis également par beaucoup, et en particulier par notre Maître, que la rétention pure et simple, non compliquée, comporte même sanction thérapeutique, les opinions deviennent, au contraire, tout à fait divergentes lorsqu'on envisage *le traitement d'une rétention, que compliquent des phénomènes fébriles persistants.*

III. — Certains auteurs sont INTERVENTIONNISTES SYSTÉMATIQUES, même dans cette rétention avec infection. Ils pensent que, puisque la fièvre est due, pour la plus grande part, à la putréfaction des débris ovulaires, elle cédera très simplement et très constamment à leur évacuation. D'autres, au contraire, considèrent que toute intervention intra-utérine devient, en

pareil cas, éminemment dangereuse, et se contentent tout simplement de TRAITER MÉDICALEMENT L'INFECTION.

IV. — C'est une position quelque peu intermédiaire qui est défendue par notre Maître M. le Professeur Voron. Estimant, en effet, qu'un curettage fait en pleine infection utérine risque de généraliser un processus encore uniquement local, qu'en plus, un tel curettage, effectué dans un muscle infecté et mou, peut s'accompagner d'accidents opératoires non négligeables, IL PRÉFÈRE TEMPORISER, *toutes les fois que le col n'est pas largement béant ou que l'importance de l'hémorragie ne force pas la main à intervenir.*

Pendant cette période de temporisation, on traitera médicalement l'infection : repos absolu au lit, glaçage de l'abdomen, chimiothérapie anti-infectieuse.

Mais *cette temporisation ne sera pas une indéfinie abstention.* A moins que n'apparaisse une localisation périutérine bien caractérisée, qui contre-indiquera définitivement toute manœuvre locale, cette temporisation fera place, *après chute de la température et apyrexie complète de plusieurs jours*, et suivant l'état du col, à un curage ou à un curettage, que nous proposons d'appeler « *différés* », puisque pratiqués seulement après refroidissement de l'infection utérine.

Il nous semble que ces interventions différées échappent aux reproches de danger faits aux mêmes interventions exécutées « à chaud ». Il nous semble également que cette manière de procéder est préférable à l'abstention complète et persistante. Celle-ci, en effet,

exposerait assez souvent l'avortée à des complications lointaines : hémorragiques ou annexielles.

Du moins en clientèle hospitalière, où l'on ne peut guère exiger un long repos et une surveillance suffisamment prolongée, il nous paraît plus prudent de ne rendre la malade à sa vie courante, généralement laborieuse, qu'une fois sa cavité utérine débarrassée de tous les débris qu'elle peut encore contenir.

Nous reproduisons un certain nombre d'observations où pareille conduite thérapeutique a été suivie et où elle nous a donné de très satisfaisants résultats.

Vu :

LE DOYEN :
JEAN LEPINE.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE :
VORON.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 14 Juin 1939.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNARDBEIG (J.). — Les formes cliniques des perforations utérines constatées au cours du curettage. *Bull. Soc. d'Obst.*, 1935, t. XXIV, n° 2, pp. 260 à 263.
- BLONDIN (S.). — Quelques formes graves d'avortement provoqué et leur traitement. *La Médecine*, avril 1937, n° 5, pp. 305-310.
- BREIPOÏL (W.). — Un curettage est-il encore nécessaire après expectative pour un avortement fébrile. *Zentr. f. Gynak.*, 6 juin 1936, n° 23, pp. 1350-1352.
- DRANE (W. H.). — Traitement de l'avortement incomplet. *Amer. journ. of. Obst. a. Gynéc.*, juin 1936, n° 6, pp. 1029 à 1035.
- DUNN (R. D.). — Etude des avortements incomplets portant sur une période de 5 ans à l'hôpital de San Francisco. *Amer. journ. Obst. a. Gynéc.*, janvier 1937, n° 1, pp. 149 à 153.
- FISCHER (G.), MULLER et BALLARD (P.). — Ce que pratiquement le médecin doit savoir de l'avortement criminel et de l'importance d'un traitement d'urgence. *Conc. Méd.*, 28 mars 1937, n° 13, pp. 978-979.
- GLASS (M.). — Traitement de l'avortement. *Amer. journ. Surg.*, mai 1937, t. XXXVI, n° 2, pp. 487 à 490.
- MAHON. — Conduite à tenir dans l'avortement infecté. *Journ. Méd. Bordeaux*, 10 janvier 1936, n° 1, pp. 11 à 18.
- MORSE (A. H.). — Diagnostic et traitement de l'avortement. *Amer. journ. Surg.*, février 1937, n° 2, pp. 331-337.

- REINBERGER (J. R.) et RUSSELL (P. B.). — Le Traitement conservateur de l'avortement. *Journ. Amer. Méd. Ass.*, 7 novembre 1936, n° 19, pp. 1527-1531.
- REYCRAFT (J. L.) et MOORE (S. F.). — Traitement de l'avortement. *Surg. Gynéc. a. Obst.*, juin 1936, t. LXIII, n° 6, pp. 989-995.
- FIOLLE. — Le curettage utérin. *Méd. et Chir. pratiq.*, 1929 a, Masson et Cie.
- ROCHAT. — Traitement de l'avortement incomplet. Cl. Tarnier, 1937.
- VAUDESCAL. — Traitement de l'infection post-abortum. Clinique Tarnier, 1927. Vigot, édit.
- VAUDESCAL. — De l'abus du curettage au cours de l'avortement. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 1933, 546.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE PREMIER. — <i>Introduction</i>	11
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	13
CHAPITRE III. — <i>Diagnostic entre rétention et menace</i>	35
CHAPITRE IV. — <i>Conduite à tenir devant une rétention post abortum</i>	37
1° Rétention simple sans fièvre ni hémorragie....	37
2° Hémorragie importante.....	38
3° Fièvre sans hémorragie importante	39
A) Interventions systématiques	39
B) Critique du curettage systématique	41
C) Curettage et curage différés	48
D) Abstention systématique	50
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	57



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

°° °° °° IMPRIMEURS-ÉDITEURS °° °° °°

°° 42, QUAI GAILLETON, 42 °°

°° °° °° °° LYON °° °° °° °°



